

Année 1956.

N°

546

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

HALEYSSON, Claude

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 16 Juillet 1922 LE PUY (Haute Loire)

Présentée et soutenue publiquement le

MALADIE GELATINEUSE DU PERITONE
COEXISTENCE DE KISTE MUCOIDE DE L'OVAIRE
ET DE MUCOCELE APPENDICULAIRE

ooOoo

Président : Monsieur le Professeur P. MOULONGUET

ooOoo

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : MALEYSSON

Prénoms : Claude.

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

MALEYSSON (Claude)
Maladie gélatineuse du
péritoine coexistence
de kyste mucoïde de
l'ovaire et de mucocè-
le appendiculaire.
Dactylographiée -
53 pages
(Th. méd. (Et.)
PARIS 1956 n°

MALEYSSON (Claude)
Maladie gélatineuse du
péritoine coexistence
de kyste mucoïde de
l'ovaire et de mucocè-
le appendiculaire.
Dactylographiée -
53 pages.
(Th. méd. (Et.)
PARIS 1956 n°

MALEYSSON (Claude)
Maladie gélatineuse du
péritoine coexistence
de kyste mucoïde de
l'ovaire et de mucocè-
le appendiculaire.
Dactylographiée -
53 pages
(Th. méd. (Et.)
PARIS 1956 n°

MALEYSSON (Claude)
Maladie gélatineuse du
péritoine coexistence
de kyste mucoïde de
l'ovaire et de mucocè-
le appendiculaire.
Dactylographiée -
53 pages
(Th. méd. (Et.)
PARIS 1956 n°

Année 1956.

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

MALEYSSON, Claude

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 26 Juillet 1922 LE PUY (Haute Loire)

Présentée et soutenue publiquement le

MALADIE GELATINEUSE DU PERITONE
COEXISTENCE DE KYSTE MUCOIDE DE L'OVAIRE
ET DE MUCOCELE APPENDICULAIRE

ooOoo

Président : Monsieur le Professeur P. MOULONGUET

ooOoo



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153722_0042

Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R.)
(Tarnier	LANTUEJOUL (P.)
Cliniques obstétricales ... (Baudelocque	N...
(Port-Royal	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique	VELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires	RICHEL (C.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique rhumatologique et sociale	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique médicale	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	N...
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine du travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	MENEGAUX (G.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimen- tale (Chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale	BARIETY (M.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (Chaire à titre personnel)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radio-logie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.

Anatomie	(N...
	(DEBEYRE (J.)
	(OLIVIER
	(DELMAS (A.) Pr.s.Ch.

Pathologie pathologique	(CAUTION (J.) Pr. s. Ch. (N...)
Neurologie	(NEVOT (A.) (N...)
Physiologie médicale	(EITTORE (J.) Pr. s. Ch. (N... (N...)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Microscopie	(N...)
Embryologie	TUCHMAN
Histologie	(BULLIAT (J.) Pr. s. Ch. (N... (N...)
Hydrologie	N...
Hygiène	(DEPARIS (M.) Pr. s. Ch. (N...)
Maladies infectieuses	(DEROBERT (L.) Pr. s. Ch. (GAULTIER (M.) (N...)
Neurochirurgie	DAVID (M.)
Neurologie	(N... (GRASSET (J.) (LEPAGE (F.) (MORIN (P.)
Ophtalmologie	(MORIN (P.) (RAVINA (J.) (N...)
Orthopédie	JUDET (R.)
Oto-rhino-laryngologie	(AUBRY (M.) (MADURO (H.) (CRABAUD (A.)
Parasitologie	(N...)
Pathologie chirurgicale	(ABOULKER (P.) (BAUMANN (J.) (GOSSET (J.) (LAURENCE (G.)
Pathologie chirurgicale	(LORTAT-JACOB (J.) (OLIVIER (Cl.) (N...)

- A mes Parents

- A mes Vieux

- A mon Oncle

Louis DIGONNET (1897-1953)
Professeur agrégé
Accoucheur des Hôpitaux.

- A tous les miens.

- A mon Maître et Président de thèse :

Monsieur le Professeur P. MOULONGUET

Professeur de Clinique Chirurgicale
à l'Hôpital de la Salpêtrière

Chirurgien des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Chirurgie

Officier de la Légion d'Honneur

qui m'a proposé le sujet de ce travail.

Qu'il trouve ici l'expression de
mon respectueux attachement.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris.

Externat :

Monsieur le Professeur Agrégé TIGONNET

Monsieur le Docteur RACHET

Monsieur le Professeur DEGOS

Monsieur le Professeur MOREAU

Monsieur le Professeur LENEGRÉ

Monsieur le Docteur A. MEYER

Externe en premier :

Monsieur le Docteur CATINAT

Internat :

Monsieur le Docteur SEILLE

Monsieur le Professeur MOULONGUET

Monsieur le Professeur Agrégé AMELINE

Monsieur le Docteur MIALARET

Monsieur le Docteur PETIT

Monsieur le Professeur Agrégé ABOULKER

- A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Lyon.

- A Monsieur le Professeur Agrégé GREGORY.

Chirurgien des Hôpitaux.

En témoignage de ma reconnais-
sance pour son bienveillant
accueil.

- A mes Maîtres d'Externat :

Monsieur le Professeur Agrégé D. BERTHAUD.

Monsieur le Professeur SANTY

Monsieur le Professeur SAVY

Monsieur le Professeur MOURIQUAND

Monsieur le Professeur DECHAUME

INTRODUCTION

La "maladie péritonéale du péritoine" est caractérisée par la présence dans la cavité péritonéale d'une matière gélatineuse, semblable au produit de sécrétion des cellules caliciformes à mucus.

Le plus souvent ces épanchements proviennent de la rupture d'un kyste mucoïde ovarien.

Pour parer à ces épanchements, il faut à l'ouverture de la péritonée d'un espace vide, c'est-à-dire un espace mucoïde.

Mais dans plusieurs cas de maladie gélatineuse d'origine ovarienne, a été notée l'association d'une tumeur appendiculaire.

À propos de quatre observations que nous a confiées, pour le professeur CHAMBERT, notre collègue en médecine, les problèmes que pose une telle coexistence.

La question présente un certain intérêt par sa pathologie, qui semble liée au fonctionnement des glandes à mucus, mais ces glandes que l'on rencontre en de nombreux points de l'organisme, sont un organe encore très mal connu, tant au point de vue histologique que physiologique.

II

HISTORIQUE

Les épanchements gélatineux du péritoine, connus depuis fort longtemps, ont fait l'objet de nombreux travaux dont nous ne pouvons faire qu'une revue sommaire.

BRUNELIER les décrit sous le nom de "dégénération gélatineuse du péritoine", et les considère comme une forme lente de cancer, sans tendance à la généralisation, et dont le point de départ est une tumeur d'un organe abdominal, estomac, ovaire

PEAR, en 1871, propose le terme de "maladie gélatineuse du péritoine".

WERTH, en 1884, parlant "des masses gélatineuses libres ou enkystées, consécutives à la rupture des kystes ovariens" introduit le terme de "pseudomyxome du péritoine" (en raison de la nature chimique de l'épanchement, une pseudomucine). Ce terme est imparfait, car le myxome désigne actuellement une structure histologique définie, et il n'y a rien dans l'épanchement gélatineux qui rappelle les myxomes.

À la même époque, GIBBAUSEN, STANNHARDT, introduisent une notion nouvelle : non seulement la muqueuse colloïde s'écoule du kyste ovarien, mais il se produit une gerbe de cellules épithéliales sur la surface péritonéale, qui tendent à provoquer l'épanchement, et équivalent à de véritables métastases.

FAHRELL, en 1901, publie le premier cas de maladie gélatinuse par rupture de muqueuse appendiculaire.

La double origine possible des épanchements gélatinux est donc bien bien établie, et de nombreux cas sont rapportés à l'origine soit appendiculaire, soit ovarienne, la première semblant deux fois moins fréquente que la seconde.

Cette double d'origine n'est d'ailleurs pas surprenante si l'on connaît l'identité parfaite des cellules épithéliales colloïdes des kystes muqueux de l'ovaire, et de la muqueuse intestinale.

Après la découverte simultanée, chez une malade atteinte de maladie gélatinuse, d'un kyste muqueux ovarien et d'un mucocele appendiculaire est beaucoup plus rare.

CHAMBERLAIN, le premier en 1875, se souvient d'une intervention pour maladie gélatinuse par rupture de kyste ovarien, avec l'existence d'un appendicite kystique à contenu gélatinux.

À peu près à la même époque, ALBERTIN, en 1869, rapporte à la clinique de chirurgie de Lyon, deux cas superposables au précédent.

Dans cette association on compte par exemple :
PAR la suite : BELLER (un cas), JURE (un cas), BIER (un cas),
MARTINOT et STANT (un cas), ROYER (deux cas), VIAL (deux cas),
VIEU VAILL (trois observations), ROBERTIN (un cas), TOULARD (un cas),
BOUILLON (deux cas), on ont rapporté des observations et nous avons pu collecter dans la littérature une dizaine de cas publiés.

Donc, si la possibilité de cette double origine des épanchements gélatinux est bien établie, il n'y a rien de surprenant à parler d'une simple coïncidence.

III

OBSERVATIONS

Observation n° 2. - Kyste ovarien unilatéral et unilatéral

- Kyste gauche rouge.
- Maladie gélatineuse.
- Mucocèle appendiculaire.
- Récidive un an après.

Mme T., 50 ans, se consulte non médecin pour des

- ménorragies peu abondantes apparues 7 ans après la ménopause, qui l'inquiètent beaucoup plus que l'augmentation du volume de l'abdomen depuis trois ans, associée à une sensation de pesanteur pelvienne et lombaire.
- Par ailleurs existe une atteinte discrète de l'E.G., avec asthénie, amaigrissement.

Elle entre dans le service le 5 Novembre 1941.

L'examen clinique révèle :

- une matité abdominale à convexité supérieure
- au toucher vaginal, on perçoit au côté gauche un kyste volumineux à parois minces, peu tendu, difficile à délimiter, que sont ces saillies ou peut-être un kyste ovarien.

Après l'ablation ne doit compromettre l'existence d'un épanchement péritonéal.

Le 3 Décembre Intervention (Prof. MOULONOUET)

- Il existe deux kystes ovariens (un de chaque côté) à paroi mince fragile, à contenu extrêmement visqueux pris en gelée.
- Le kyste ovarien gauche est rempli, le droit intact.
- L'épanchement péritonéal est peu abondant, on a d'ailleurs l'impression d'une rupture récente, plutôt que d'un épanchement ancien. La "collie" est peu adhérente aux parois de la cavité péritonéale, et on peut l'extraire aisément, apparemment en totalité.
- Le kyste ovarien droit étant extrait, on aperçoit un appendice en forme de cornichon, érigé, à paroi épaisse jaunâtre, un uncocèle appendiculaire typique. Son excision est assez difficile, parce qu'il est d'ailleurs revêtu jusqu'à sa base, avec étallement du mésentère, en adhérence au ligament infundibulo-pelvien droit.
- Comptage subtotal, à cause des hémorragies, et avant pour se débarrasser de la gelatine déjà proférée sur le péritoine du fond utérin.

Suites immédiates simples.

Les pièces sont étudiées :

Les kystes ovariens :

- sont tous deux uniloculaires.
- histologiquement, ce sont des kystes muqueux à villosités folliculaires typiques, kyste antérieur de Lécène.

L'appendice :

- excisé par un couteau à la main, son contact avec le péritoine donne relief aux villosités qui sont plus jaunes.

- On ne trouve pas de perforation à cette mucocèle.
- Histologiquement, on retrouve la muqueuse utérine d'aspect normal, glandulaire intacte, mais non la muqueuse, qui sur les fragments examinés du moins, est desquamée.

La matière gélatineuse épanchée :

dans le péritoine donne naissance à une réaction plasmique d'embolisme et de thrombose, mais cette réaction, étudiée par exemple au niveau du péricarde du fond utérin, est peu marquée, manifestement récente.

On ne trouve nulle part de cellules caliciformes ou même de cellules atypiques, comme on voit chez les formes malignes.

Au niveau de l'Utérus :

- La muqueuse est en état d'hyperplasie et d'hypersecretion très manifeste, remarquable chez une femme ménopausée.
- L'aspect est celui de la muqueuse en état folliculo-lutéinique.

La malade revient dans le service en Mai 1945 pour une récidive. Cliniquement, existent les signes d'une ascite libre, sans aucune masse perceptible avec ou sans au palper abdominal qu'au toucher.

Deuxième intervention le 1 ~~juin~~ 1945.

- On repasse par l'incision médiane.
- Dès l'ouverture du péritoine, issue de trois à quatre litres de liquide gélatineux libre. On en réveille l'origine qui paraît être dans les parties métastatiques du bord libre de l'épiploon.
- Cet épiploon est réséqué.
- Il n'existe pas d'autre métastase visible, mais la plus grande partie des anses intestinales et du colon est recouverte d'un piqueté rougeâtre qui doit être formé par des greffes microscopiques de la tumeur ovarienne primitive.
- Fermeture en trois plans sans drainage.

l'aspect des lésions. L'air ne permet pas de faire un diagnostic précis de la nature des lésions.

Le malade est sans douleur au toucher abdominal et on a la certitude de l'absence de toute réaction locale.

Le malade guérit complètement pendant dix ans, à la vue pour la dernière fois en 1951: elle semblait alors entièrement guérie.

- Observation n° 2. - Maladie gélatineuse.
- Rupture de kyste mucoïde, ovaire droit.
- Mucocèle appendiculaire.

Mme E..., 60 ans, consulte son médecin pour :

- augmentation de volume de l'abdomen depuis trois ans.
- elle a déjà eu un médecin en 1941, sans que l'on ait fait de diagnostic précis.

À l'examen, en Mars 1942 :

- existe, à droite, un gros kyste régulier du volume d'un petit fœtus d'adulte, sous-jacent au rebord de l'utérus.
- un léger œdème avec syndrome du ventre tendu.
- on fait alors quelques réserves sur la bénignité de ce kyste.

Intervention 31 Mars 1942 :

- on trouve un épiploon gélatineux du péricône par rupture d'un kyste ovarien droit adhérent dans le Douglas.
- Le contenu péritonéal est rosé.
- Il y a des petites adhérences très nettes sur les ligaments, et des lésions suspectes d'être des griffes sur l'intestin grêle.
- Hystérectomie subtotalé : l'ovaire gauche qui est sain est enlevé également.

- L'appendice est court, mais renflé, appendicectomie
- fermeture de la paroi sans drainage.

L'examen anatomo-pathologique des pièces montre :

Le kyste ovarien :

- est un kyste multiloculé, à paroi constituée par une rangée de cellules villosiformes muqueuses très régulières, ayant leur noyau à la base, et une goutte de mucus au pôle opposé.

Ligament large gauche et péritoine pelvien :

- Présence à côté d'une importante infiltration de mucus dans les tissus d'une grappe constituée de formations entéroïdes bordant en certains points les plaques de mucus.

Trompes :

- sécrétion muqueuse.

Appendice :

- La muqueuse est détruite, et il existe une ulcération avec infiltration inflammatoire pénétrant la musculature jusqu'à la séreuse.
- Présence d'une formation de mucocèle, dans la lumière appendiculaire, constituée de pseudoglandes bordées d'une assise de cellules villosiformes (à noyau à la base et goutte de mucus au pôle opposé). Certaines de ces cellules sont éclatées et le mucus est répandu aux alentours.

Muqueuse utérine :

- peu épaissie, présentant cependant des signes d'activité par une dilatation kystique de certaines de ses glandes qui sont pleines de mucus et bordées d'une assise de cellules cylindriques muqueuses.

Voûte gauche : normal.

Chez cette malade l'existence de formations kystiques multiples greissées sur le péritoine fait suspecter une forme maligne.

En fait, la malade est revue en Février 1945 à l'occasion d'une fracture du col chirurgical de l'humérus, joint au traitement pour une névralgie sciatique. L'état général est alors excellent, tout semble parfait du côté de l'abdomen.

Pas de nouvelles depuis.

- Observation n° 3.

Mme, Marie 47 ans, soignée depuis 25 ans pour réténion de l'urine par maladie de Nicolas-Favre.

Entre à l'Hôpital Taveau le 10 Avril 1942 pour :

- Augmentation de volume de l'abdomen depuis une dizaine de jours avec asthénie, nausées.
- La malade est encore réglée normalement.

A l'examen :

- L'abdomen est volumineux, tendu, avec matité diffuse.
- Le T.V. n'apporte aucun renseignement.
- Il existe dans la région sous-ombilicale une masse qui donne le signe du glaçon, et permet d'affirmer l'existence d'un épanchement intrapéritonéal.

Le diagnostic de maladie kystique est envisagé, mais on pense plutôt à un cancer avec métastases péritonéales.

Intervention le 15 Avril 1942.

- Médiante sous-ombilicale.
- A l'ouverture existe une capsule kystique, rosée, très abondante.
- Le kyste très gros et libre, développé aux dépens de l'ovaire droit, est rompu. Ablation.

- Le pelvis est très modifié par les réactions sous l'aspect de vésicules, tantôt il réalise des sortes de phlyctènes, surtout dans la partie supérieure du pelvis où les masses sont adhérentes.
- L'hystérectomie s'impose; hystérectomie subtotale avec suture du col.
- Le col est dur, pointu, et blanchâtre. Appendicectomie.
- Fermeture sans drainage avec crins perdus.

L'examen des pièces :

Gros kyste ovarien mucoïde multiloculaire.

Appendice :

- légèrement renflé à la pointe.
- à l'ouverture, la base est dure mais devient normale dans la partie proximale, l'épithélium est normalement normal.
- Mucocèle du tiers distal avec épithélium haut et hypercrinie.
- Mucicarmain positif.

Trompes, Utérus :

- absence de sécrétion.

Péritoine :

- hyperplasie de la substance conjonctive dans un tissu conjonctif très vasculaire.
- les ouvertures coliques de l'anneau sont atrophiques en maint endroits

Revue un an après l'intervention, en bonne santé.

- Observation n° 4 - Mme B... Maria, 64 ans.

Entrée le 24 Mars 1954.

Opérée le 29 Mars 1954.

La malade entre dans le service pour découverte d'une masse abdominale associée à des métrorragies.

Il y a six mois survient une hémorragie de sang noirâtre ayant duré une journée; depuis, de petites métrorragies de même type persistent au cours de la vie sexuelle. Une masse abdominale qui s'accroît progressivement.

Actuellement, la malade se plaint de pesanteur abdominale, et de douleurs lombaires associées à type de brûlures à la miction.

Antécédents :

- Opérée en 1952 dans le service d'un type de l'ovaire.
- Compte-rendu opératoire du 11/3/52 (Monsieur, Maryse)
Volumineux kyste de l'ovaire. Ascite gélatiniforme. Ovariotomie du kyste qui contenait une grande quantité de liquide gélatiniforme.
Pincés et ligatures sur le pédicule. Drain dans le Douglas.

Examen le 25 Mars 1954.

- Appareil cardio-vasculaire : rien d'anormal - T.A. 22/13.
- L'abdomen est très volumineux avec circulation collatérale.
- A gauche on perçoit une masse très volumineuse, remontant jusqu'à l'ombilic; cette masse est dure et irrégulière.
- Au toucher vaginal, on perçoit une énorme masse annexielle à gauche.

Compte-rendu opératoire le 29 Mars 1954.

- Anesthésie pentothal-éther.
- L'opération fait découvrir une grosse masse, un kyste mucoïde ovarien typique, rompu en plusieurs points, avec du mucus dans le péritoine, et un aspect poisseux de toutes les anses et du péritoine pariétal.

- Le kyste d'ovaire fort volumineux (une tête d'oignon), est attaché, assez court, par ses ligaments anatomiques et par ses rapports avec le colon sigmoïde. Aussi décide-t-on de l'enlever par la technique américaine (après avoir fait un contact préalable par les métrorragies).
- On refoule la vessie qui avait été ramenée sur la face antérieure de l'utérus par le précédent opérateur, et on pratique très facilement l'ablation de l'utérus et du kyste en bloc.
 - Suture du col après évidement.
 - Nettoyage soigneux de la cavité péritonéale, mais il reste des plaques de gélatine collées sur tous les parois (on les enlève au pinceau et on les examine histologiquement).
 - Péritonisation du fond du pelvis.
 - A la vérification de l'appendice, on a la surprise de le trouver adhérent, sous péritonéal, blanc, un peu distendu.
 - On l'excise donc, et on retire l'admirable qui avait dans cette région le mésentère et le mésocoloïde.
 - Paroi au catgut et nylon.

Les pièces :

Le kyste ovarien :

- La coupe montre l'aspect multiloculaire des kystes ovaires des multiloculaires.
- Le contenu est particulièrement gélatineux.
- Il y a toutes les transitions entre les grands kystes et les régions à petits éléments qui sont presque solides.

Utérus :

- L'ouverture montre une muqueuse peu épaisse avec de nombreux polypes.
- Au microscope quelques microscopiques des glandes de la muqueuse.

Appendice :

- Muqueuse en voie de lyse.
- Sur l'un des fragments le segment est viable, un point, détruite ailleurs.
- Dans la région péritonéale, on trouve deux tumeurs légèrement saillantes et un nodule fibro-

Péritoine :

- On ne voit pas de grattes cellulaires au milieu du mucus, mais il y a une certaine turgescence des cellules de revêtement des franges péritonéales, qui par places se sont plus plates, et ont une goutte de mucus au pôle apical.

La malade quitte le service en bon état; elle n'a pas été revue depuis.

Nous avons relevé dans la littérature, seize observations d'association :

- pseudomyxome péritonéal
- kyste mucoïde de l'ovaire.
- mucoïde appendiculaire.

En voici le résumé :

- Observation d'ALBERTIN.

Chez une malade, atteinte de kyste mucoïde de l'ovaire droit, avec maladie gélatineuse, on trouve à la laparotomie un appendice hypertrophié et ovoïde, contenant un liquide gélatineux semblable en tout au contenu ovarique.

Dans ce cas, ALBERTIN explique le mucocèle appendicé par la propagation de voisinage, dont la voie serait les lymphatiques, logés dans le repli péritonéal, auquel les lymphatiques ont donné le nom de ligament appendicé.

Cette femme de 54 ans vient avec une augmentation progressive du volume de l'abdomen.

Elle présente une ascite avec œdème des membres inférieurs.

A la laparotomie

- La cavité abdominale est le siège d'un épanchement gélatineux abondant (deux litres), dont le point de départ est un kyste de l'ovaire gauche rompu.
- Les annexes droites sont normales.
- Au-dessus de l'utérus on a la surprise de trouver un kyste de l'ovaire droit, qui est l'appareil de la femme d'un côté de l'autre et qui est d'un autre type. Il s'agit d'un kyste ovarien, qui est d'un type de "dégénérescence mucosé".
- Opérectomie des kystes avec excision des annexes.

- Observation de SCHUMANN.

Femme de 53 ans qui vient pour augmentation de volume de l'abdomen.

A l'intervention :

- kyste de l'ovaire gauche rompu avec épanchement gélatineux.
- appendice piriforme, dilaté à sa base dans son 1/5 proximal.

Récidive 3 ans après.

- Observation de BARRÉ

Une femme de 40 ans est opérée de kyste de l'ovaire droit rompu, avec hémorragie péritonéale.

Deux ans plus tard se produit une récurrence de la maladie gélatineuse.

A l'intervention on trouve alors :

- Un kyste mucoïde de l'ovaire gauche rompu.
- Un appendice dilaté, cylindrique.
- Histologiquement une grande partie de la muqueuse est détruite, la partie persistante est formée de grandes cellules remplies de mucus mucoïde.

- Observation de BAYLE

Intervention pour kyste de l'ovaire mucoïde, bilatéral avec épanchement gélatineux. Ablation des deux ovaires.

Deux ans après survient une récurrence de l'épanchement.

A l'intervention :

- existe un foyer de formation tumorales dans la cavité abdominale, sur les ligaments larges, la vessie, sur une anse intestinale, adhérente à l'utérus, sur l'épiploon.
- Appendice kystique : 8/1 cm. Appendicectomie.
- L'ablation totale des métastases est impossible.
- L'appendice contient une masse du volume d'une noisette, formée de kystes gélatineux.

La structure de l'appendice est la même que celle des métastases disséminées sur le péritoine.

Pour RATHE, la lésion appendiculaire est une métastase de la lésion ovarienne.

- Observation de BAILY.

Une femme de 52 ans entre à l'hôpital pour un écoulement abdominal.

A l'intervention :

- Kyste de l'ovaire gauche rompu, avec déchirure admettant trois doigts.
- L'utérus et les annexes droites sont normaux.
- Appendice appendiculaire non malade.

Anatomie pathologique :

Kyste ovarien uniloculaire, multiloculaire.

Trompe : normale.

Appendice :

- 7cm/2,5 cm. L'extrémité distale est dilatée.
- Les parois sont très minces, translucides.
- La base n'est pas perméable, fermée par du tissu fibreux dense.
- Près de la pointe, existe une petite masse pointue communiquant avec la lumière.

- Observation de HARTMAN et BIER.

Une femme de 31 ans est opérée pour une tumeur abdominale kystique, accompagnée de douleurs assez vives, d'un amaigrissement considérable.

A l'intervention :

- Épanchement péritonéal ayant l'aspect "gelée de groseilles blanches".
- Kyste multiloculaire droit dont une des poches est largement ouverte. Le long du bord inférieur une tumeur bourgeonnante du volume d'un poing.

- Ovaire gauche normal, mais hyposécrétoire.
- Appendices adhérents à la tumeur, dilatés, hypertrophiés.

Evolution :

- Récessive de l'épanchement péritonéal 7 ans après.
- Mort avant la réintervention.

Examen des pièces :

Appendice :

- Le caecum appendiculaire est distendu, rempli de substance hyaline.
- La muqueuse est formée par une seule assise épithéliale formée de cellules hautes mélangées à un grand nombre de cellules caliciformes, contenant des grains de mucine.
- Les lymphatiques de la paroi sont dilatés, bourrés de mucus.
- La lésion essentielle est l'atrophie de la muqueuse, avec disparition de tout le tissu lymphoïde, mais conservation des cellules caliciformes.

Comme HARTMANN et BINET, il est possible qu'il s'agisse soit de lésions vraies, soit de coïncidence de tumeurs ovarienne et de lésion inflammatoire chronique de l'appendice.

Observations de NOVAK.

Une femme de 35 ans consultée pour augmentation de volume de l'abdomen.

A l'intervention :

- existe un épanchement péritonéal par rupture d'un multiloculaire de l'ovaire droit.
- l'appendice est dilaté près de la pointe. Appendicectomie.

Une récédive survient six mois plus tard. Mort.

Anatomie pathologique :

Le kyste ovarien est tapissé d'un épithélium cylindrique avec cellules caliciformes.

L'appendice :

- 3,5 cm. de long, 1,35 cm. de diamètre.
- La surface est couverte d'adhérences.
- A la section la lumière très dilatée est remplie de substance d'allure gélatineuse.
- Histologiquement, la muqueuse est épaisse, conglomérée par places.
- Aucune anomalie de la musculaire.
- Au niveau de la muqueuse, épithélium cylindrique avec cellules caliciformes.
- Il existe un état vacillaireux de la muqueuse.

Histochimie.

La substance qui forme le contenu du kyste, l'appendice et la content appendiculaire est de la pseudo-mucine.

Jeune de 30 ans. L'augmentation de volume abdominal est, là encore, le signe clinique dominant.

A l'intervention on trouve :

- un pseudo-myxome péritonéal,
- un kyste de l'ovaire gauche rompu,
- un kyste de l'ovaire droit,
- l'appendice dilaté sur toute sa longueur.

Il semble exister des implantations multiples sur la sere.

La malade est revue six mois plus tard en bonne santé.

Aspect pathologique

Le kyste ovarien est un kyste uniloculaire typique.

L'appendice :

- 3,5 cm. x 1,75 cm.
- Il existe une dilataction de la lumière près de la base.
- La lumière est dilatée, mais le pari est intacte.

Histochimie : pseudomucine.

- Observations DE RIIS.

Une femme de 57 ans vient consulter pour augmentation de volume de l'abdomen depuis deux ans.

On note chez elle, l'existence depuis quelques années de douleurs abdominales, augmentant dans la région iliaque droite.

A l'intervention on trouve :

- Un pseudo-myxome péritonéal.
- Un kyste de l'ovaire gauche perforé.
- L'ovaire droit est normal.
- L'appendice distendu, entouré de matières collantes, est enlevé avec la fond coelom.

Les pièces :

Kyste ovarien uniloculaire multiloculaire rompu.

L'appendice épais, libre, une masse gélatineuse, présente à sa partie moyenne un orifice à bords souples.

Femme de 40 ans.

Augmentation de volume de l'abdomen.

A l'intervention :

- Maladie gélatineuse.
- Pénie de l'ovaire droit, parties larges (diamètre de la taille d'une paume de main)
- Petit kyste de l'ovaire gauche non rompu.
- Appendice de l'épaisseur d'un pouce, recouvert de masses colloïdes.

A l'autopsie on trouve une tumeur de l'ovaire droit avec petit kyste de l'ovaire gauche.

- Observation de ROSENFELD.

A 56 ans, augmentation de volume de l'abdomen.

L'intervention révèle :

- un épanchement gélatineux dont le point de départ semble être une tumeur kystique de l'ovaire droit.
- Celle-ci est enlevée et examinée : le diagnostic est celui de cystadénocarcinome papillaire pseudomucineux.

Après l'opération, la malade meurt à 63 ans. La tumeur est soumise à des ponctions répétées.

A 63 ans, la mort survient dans un tableau de péritonite généralisée avec occlusion.

A l'autopsie :

- l'épanchement gélatineux est mêlé à une exsudation purulente.

- L'appendicé a un aspect de muccocèle, avec perforation de la talle d'une tête d'éclaircie.
- La paroi est épaissie.
- La lumière est perméable et dilatée.
- En un point, la muqueuse présente une prolifération papillaire, avec des cellules caliciformes.

Conclusion de l'opération : on voit toujours penser à l'appendice et l'enlever sans tarder compte de l'apparence.

- Observation de TOUZARD.

Le malade vient consulter pour augmentation de volume de l'abdomen et diarrhées.

A l'intervention existe :

- un épanchement ayant l'aspect de liquide séreux.
- un kyste de l'ovaire gauche volumineux, de type entéroïde,
- une muqueuse appendiculaire de la taille d'un index.
- la tumeur gauche est entourée de substance glaireuse de consistance beaucoup plus épaisse que l'épanchement; mais sa structure histologique est normale.

Il n'existe pas de perforation de talle, ni de l'appendice.

- Observation de VON NAGY.

Une femme de 58 ans se plaint depuis quatre mois de douleurs de la partie basse de l'abdomen, qui a augmenté sensiblement de volume.

L'examen de la partie la supérieure de l'abdomen ne gauche.

Intervention

- De la cavité abdominale s'échappe en abondance une substance gélatineuse.
- Il existe un kyste multiloculaire gauche, dont la paroi antérieure amincie est éclatée.
- A droite, on trouve un kyste ovarien de la taille d'une orange mais avec des parois intactes.
- Ablation des deux kystes; évacuation des masses gélatineuses (18 kilos).
- L'appendice est minutieusement exploré : son extrémité libre est épaisse, fusiforme; à sa base est fixée une masse gélatineuse de la taille d'une noix. Appendicectomie.

Examen de la pièce :

- A l'ouverture de la lumière, on constate que, au niveau de la masse adhérente existe une ouverture permettant le passage d'une sonde.
- La lumière est remplie de substance colloïde comme la cavité abdominale, cette substance adhère à la muqueuse.
- Von Sagy s'attache à démontrer, en se basant surtout sur l'aspect histologique de la zone de perforation, que cette rupture s'est constituée à partir de la séreuse de dehors en dedans.
- Il conclut que le pseudomyxome est survenu par rupture du kyste pseudomucineux de l'ovaire gauche. L'atteinte appendiculaire est secondaire, à partir d'une perforation survenue depuis la séreuse.

Von SAGY cite deux autres cas, dont l'histoire et les découvertes opératoires sont semblables : il s'agit de malades âgées respectivement de 68 et 46 ans.

A la laparotomie :

- Epanchement gélatineux.
- Kyste de l'ovaire gauche, multiloculaire, de la taille d'une tête, perforé.

- L'ovaire droit est dans les deux cas normal.

L'appendice de la malade de 68 ans est de la longueur d'un ponce, mais plus épais. Son extrémité est dilatée. A sa surface sont fixés de petites nodules de substance gélatineuse.

L'appendice de la malade de 44 ans est allongé, son extrémité dilatée est épaisse de la taille d'une noisette.

Dans les deux cas, il n'existe pas de perforation visible de la paroi de l'appendice.

Mais très souvent le diagnostic n'est pas fait cliniquement; on pense à un kyste de l'ovaire banal, à une tumeur maligne de l'ovaire, et ce n'est que l'intervention qui révèle l'épanchement gélatineux si caractéristique, et permet d'en préciser le point de départ.

Nos observations ne s'écartent en rien de ce tableau classique.

Il faut signaler chez deux de nos malades, l'existence de métrorragies, qui plus que l'augmentation de volume de l'abdomen ont amené ces femmes à consulter un médecin.

Mais dans aucun de nos cas, pas plus que dans ceux que nous avons relevés dans la littérature, il n'existe de signes faisant penser à l'association possible d'une maladie appendiculaire. Celle-ci a toujours été une découverte opératoire.

Les circonstances de cette découverte lors de l'intervention ont été variables.

La plus souvent, la maladie appendiculaire était évidente. C'est le cas de la toilette de la cavité péritonéale, de l'ablation de masses gélatineuses dans la fosse iliaque droite, que l'attention est attirée par une dilatation kystique notable de l'appendice, plus ou moins englobé, adhérent aux masses gélatineuses environnantes.

Mais l'histoire clinique de ces malades a été extrêmement variable.

Notre première malade avait été opérée à l'âge de 42 ans d'un kyste de l'ovaire avec des masses gélatineuses. Vingt ans plus tard survient une poussée de l'épanchement péritonéal, et à la laparotomie on trouve un kyste de l'ovaire variant de volume, associé à une maladie appendiculaire.

Le cas rapporté par MICH est entièrement similaire.

La malade de MICH est opérée de maladie appendiculaire au moment où elle avait 42 ans; on trouve un kyste de l'ovaire variant de volume, associé à une maladie appendiculaire.

une castration bilatérale. Mais ce n'est pas trois ans plus tard, à l'occasion d'une occlusion de pseudomyxome, qu'il découvre une mucocele appendiculaire, associée à des plaques diffusées sur la séreuse péritonéale.

La malade de ROSENBLUD avait subi à l'âge de 46 ans une hystérectomie avec castration gauche.

Dix ans plus tard elle est opérée de maladie pelvienne, dont le point de départ est une tumeur kystique complexe de l'ovaire droit pour laquelle le diagnostic histologique est celui de cystadénocarcinome papillaire.

L'épaulement pelvien résiduel rapidement, cependant le diagnostic histologique initial fait renoncer à toute réintervention et pendant six ans la malade est soumise à des ponctions répétées.

La mort survient dans un tableau d'occlusion, et à l'autopsie l'appendice est augmenté de volume, avec une perforation de la dissection d'une tête d'épingle.

L'examen microscopique révèle un aspect typique de mucocele. ROSENBLUD en conclut que dans les pseudomyxomes d'origine ovarienne, il faut toujours penser à l'atteinte appendiculaire, et enlever l'appendice sans tenir compte de l'apparence.

Parfois, et c'est le cas de nos trois dernières observations, ce n'est que l'exploration systématique qui révèle un appendice légèrement renflé, d'aspect blanchâtre, oedémateux, le coup et l'examen histologique confirmant le diagnostic de mucocele appendiculaire.

Et on peut penser que si la recherche d'altérations appendiculaires était pratiquée, de principe, dans toute laparotomie pour pseudomyxome à point de départ ovarien, on trouverait de telles lésions avec une certaine fréquence.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous envisagerons successivement :

- Les lésions ovariennes.
- Les lésions appendiculaires.
- L'épanchement péritonéal.
- Les autres modifications viscérales associées.

LES LÉSIONS OVARIENNES.

Le lésion ovarienne est presque toujours un kyste mucoïde.

Car, si un certain nombre de cas de maladie génitale, secondaires à une tumeur végétante maligne de l'ovaire, ont été rapportés, dans un seul de ces cas (ROBERTSON), une atteinte appendiculaire à type de mucocèle a été notée au cours de l'évolution.

Le côté où siège le kyste mucoïde semble sans importance puisque sur 20 cas, nous avons noté 6 kystes de l'ovaire droit et 7 kystes de l'ovaire gauche.

Il faut insister sur la fréquence de la bilatéralité des lésions, puisque dans sept observations, c'est-à-dire plus d'un tiers des cas, existait un kyste sur chaque ovaire. Cette notion se retrouve pour l'ensemble des pseudotumeurs d'origine ovarienne (sans lésions appendiculaires), lorsque ALSTROM y

nombre 25 de kystes bilatéraux; elle n'est donc pas particulière aux tumeurs avec mucosité appendiculaire associée.

macroscopiquement.

Le kyste est de volume très variable;
Il s'agit d'un kyste soit uniloculaire,
soit multiloculaire à parois minces.

Le plus souvent (13 fois sur 20 observations) existe une rupture franche de la poche kystique; parfois même la paroi est ouverte en plusieurs points. L'effritage qui laisse s'écouler le contenu gélatineux est de dimensions variables; souvent large, il peut être punctiforme, de la taille d'une tête d'épingle, et dans ce cas peut être difficile à saisir sans les masses gélatineuses, plus ou moins adhérentes, qui le recouvrent.

Cependant dans certaines observations (RATHE, TONNARD) la muqueuse gélatineuse est associée à un kyste ovarien et à une mucosité appendiculaire, la paroi des deux organes étant unie de toute superficie décollable. Mais on voit que certaines ruptures ne peuvent être décollées qu'à l'examen microscopique.

Enfin, admettant l'absence de toute perforation, comme possible, fait intervenir alors, pour expliquer la production de l'épanchement, une véritable métaplasie fonctionnelle de la séreuse péritonéale :

"Tout se passe comme si les échanges métaboliques, qui aboutissent dans certaines cellules spécialisées à la formation et à l'absorption de mucus, étaient troublés dans le cytoplasme de certaines cellules troublées".

Ces phénomènes seraient pour lui sous l'influence de troubles neuro-végétatifs.

Anatomie microscopique.

La structure histologique des kystes mucoides de l'ovaire est caractérisée par la présence d'une couche de cellules caliciformes muqueuses tout à fait particulières.

fort proches des cellules mucipères de l'intestin.

Ces sont des cellules toujours sur un seul rang, très hautes avec noyau à la base et toujours à la même hauteur formant une ligne régulière.

A l'opposé du noyau est renversé le produit de sécrétion contenu dans une sorte de calice qui lui forme le protoplasme peu visible et peu abondant.

Le produit de sécrétion est une pseudo-guaine.

MASON a retrouvé dans la paroi des kystes mucoïdes ovariens toutes les variétés de cellules de la muqueuse intestinale : cellules à plateau, cellules caliciformes, cellules de Paneth, cellules argentaffines. Il adopte donc pour ces tumeurs le nom de kyste entéroïde proposé par MASON.

II. LES LESIONS APPENDICULAIRES.

La mucoïde appendiculaire est la dilatation kystique d'un appendice dont les parois sont altérées, et le contenu formé par la sécrétion des cellules mucipères.

A - Anatomie macroscopique.

En point de vue topographique, la mucoïde peut se rencontrer dans tous les sièges possibles de l'appendice; c'est ainsi que dans notre quatrième observation, l'appendice était sous-péritonéal.

La taille est très variable : parfois très volumineuse (dans le cas d'ALBERTY, il avait les dimensions d'un œuf de poule, chez la malade de RAYE il semblerait égaré de long sur 1 cm. de diamètre), l'appendice a, dans certains cas, des dimensions à peine supérieures à la normale.

a) La forme des mucoïdes dépend de leur taille, mais surtout du siège de la dilatation, intéressant tout ou partie de l'appendice. C'est ainsi que l'on peut distinguer :

La muqueuse totale : l'organe est dilaté sur toute sa longueur, réalisant un aspect cylindroïde.

La muqueuse localisée : la dilatation de l'appendice est limitée à un segment, le plus souvent à sa partie distale. Plus rarement, comme dans le cas de RIES, la muqueuse est limitée au segment basal, donnant un aspect piriforme.

- Il est classique de décrire des muqueuses comme appendiculaires, la poche typhique venant faire hernie sous la muqueuse coecale, obligeant à réséquer le bas-fond coecal. Seul l'un des cas rapportés par RIES semble entrer dans cette catégorie.

2) L'aspect extérieur : la paroi appendiculaire, dégagée des masses gélatineuses qui l'entourent, plus ou moins adhérentes, est de couleur blanchâtre ou jaunâtre, d'aspect régulier.

3) L'ouverture : l'épaisseur pariétale est variable, souvent un peu augmentée, elle est, au contraire, parfois très amincie, seule une membrane mince et translucide limitant le contenu gélatineux.

La muqueuse et des invaginations en rapport avec la volume de la dilatation typhique. Elle présente parfois des prolongements diverticulaires communiquant avec elle et faisant saillie sur la face externe de l'appendice.

Ces diverticules seraient le siège électif des perforations.

4) La perforation : la muqueuse semble très rare, dans les cas d'association muqueuse appendiculaire- kyste ovarien.

Dans la plupart des cas, et c'est le fait de ceux que nous rapportons, la paroi appendiculaire ne présente aucune solution de continuité.

Cependant, comme pour les kystes ovariens, ces perforations peuvent être minimes, voire absentes.

(dans l'appendice de VILLIERS) certaines, constatées par les
travaux histologiques adhésives ou des autres constatations
ont pu passer inaperçues.

Dans ces observations (20 et 21), la rupture était
certaine :

- Dans le cas de BAILEY, l'appendice n'avait pas
grandi comme lors de l'intervention, mais à l'examen
de la pièce, on constate, près de la pointe, une
petite masse gélatinuse communiquant par un orifice
nébuleux avec la lumière appendiculaire.
- Chez l'une des malades de JUNG, la partie moyenne
de l'appendice, épaissie, est le siège d'un orifice
à contours souples.
- A l'autopsie de la malade de ROSENFELD, on découvre
une poche appendiculaire, avec une perforation
de la taille d'une tête d'épingle.
- Dans le premier cas de Von NAGY, une masse gélatinuse
fixée à la paroi appendiculaire communiquait par
un orifice mousse avec la tumeur.

Donc si la perforation est possible, elle n'est pas
la règle dans les cas de coexistence que nous

sur la possibilité de la base : à ce propos, nous sommes
allés reprendre brièvement le problème pathologi-
que, qui pose la constitution de la muqueuse
appendiculaire isolée.

Classiquement, la dilatation kystique de
l'appendice résulte de l'association de deux
facteurs :

- l'oblitération de la base,
- la stérilité du contenu de la lumière.

L'oblitération de la base peut être d'origine inflam-
matoire, une appendicite intestinale ayant entraîné
l'adhésion et la cicatrisation de la paroi, dont le
terme est la sténose de la base.

Elle est plus rarement d'origine mécanique, par torsion, contusion, adhérences, etc...
C'est ainsi que l'on a pu réaliser expérimentalement des mucocèles appendiculaires par ligature de la base après stérilisation du contenu.

Même si l'oblitération de la base de la lumière est très fréquente, elle n'est pas constante cependant, puisque OLLIVIER, sur quinze cas de mucocèles appendiculaires, note dans quatre cas une base perméable.

Il faut sur ce fait une réserve majeure : tout en n'éliminant pas entièrement le facteur mécanique, au moins dans la formation des diverticules, il pense que les incitations nerveuses jouent un rôle de premier plan :

"Tout se passe comme si l'accumulation du mucus dans l'appendice résultait de deux facteurs associés et simultanés : une hyperémie intense des glandes à mucus et une distension extrême de la tunique musculaire d'un segment ou de tout l'appendice. De ces deux facteurs convergents peuvent être réunis sous le chef d'une même action physiologique locale, celle d'une excitation particulière des fibres nerveuses parasympathiques qui ont en même temps une action antagoniste de celle des constricteurs musculaires. La dilatation typique succède au début à des lésions de des phénomènes d'ordre paralytique."

Pour BROWN et FINDER (1957), NOVA, les mucocèles appendiculaires sont de deux types :

- les mucocèles simples, qui seraient dues à une oblitération de l'appendice, avec distension en amont par le mucus accumulé dans la lumière.
 - les mucocèles compliqués qui relèvent d'une hypersecretion de mucus par une muqueuse hyperplasique et papillaire.
- MAISON et FINDER considèrent cette hyperplasie comme un état précancéreux.

ses problèmes, même pour les kystes appendiculaires isolés, en est-il de même dans les cas d'association à un kyste ovarien rompu.

Dans deux de nos observations, l'appendice était manifestement perméable à sa base, et dans aucun des deux autres cas n'existait une ténacité certaine de la lumière.

Parmi les nombreux cas publiés, le plus souvent l'état de la base n'a pas été noté.

Dans l'observation de B. H. T. : la base de l'appendice est non perméable. L'ovaire par sa ténacité dense.

Enfin, nous avons à rapporter à nos observations deux cas d'association kystique, l'un d'un kyste ovarien rompu et l'autre d'un kyste appendiculaire isolé. Dans le premier cas, la cavité appendiculaire est de la variété des kystes considérés comme la plus fréquente, la base de l'appendice distendu est perméable; il existe un épithélium hyperplasique, caractéristique de la muqueuse.

Dans la deuxième cas, la lumière est oblitérée par le mucus; cette forme, simple hydropisie appendiculaire, ne se voit que dans les kystes isolés, d'ailleurs beaucoup plus rarement rencontrés.

B - Aspect histologique.

Les lésions histologiques semblent superposables, qu'il s'agisse de kystes appendiculaires isolés ou associés à un kyste mucoïde de l'ovaire.

La muqueuse :

est le plus souvent hyperplasique; les cellules de son épithélium sont plus ou moins, en tout points, analogues à celles qui tapissent la cavité des kystes ovariens : cellules cylindriques à noyau basal et goutte de mucus au pôle opposé. Plus rarement, elle est à aspect atrophique, avec un épithélium à cellules cubiques ou élatiles, et dans certains cas des plages de desquamation, pouvant

elles jouent la disparition complète de la muqueuse

La sous-muqueuse :

est souvent infiltrée de leucocytes, les espaces lymphatiques sont dilatés, bouchés de substance mucoïde.

La tunique musculée :

est fortement altérée : soit hypertrophiée, soit atrophiée selon les cas,

La séreuse :

est épaissie, parfois hypervascularisée,

En pratique, ces aspects correspondent à des stades évolutifs différents :

- Dans un premier degré, la muqueuse est hyperplasique, la musculée s'épaissit.
- Puis la progression trouve apparemment augmentant, l'atrophie et la musculée prennent un aspect atrophique, le stade ultime étant la disparition de la muqueuse et de la musculée.

La paroi n'est plus alors formée que par une mince lame de tissu conjonctif, doublant la séreuse péritonéale.

Enfin, les lésions anatomiques de l'appendice dans les formes associées à un cyste ovarien ne semblent pas différer de celles des mucoréles appendiculaires isolées.

III. L'ÉPANCHÉMENT PÉRITONÉAL

1 - Son aspect macroscopique n'est pas toujours identique.

Sa consistance est variable : tantôt relativement fluide, il peut se présenter sous la forme d'une véritable gelée presque solidifiée.

Il est habituellement de coloration jaunâtre ou ambrée; il a pu quelquefois être mêlé de pus, comme chez la malade de ROSENFIELD, suivie pour récidive de maladie péritonéale d'origine ovarienne, où le décès étant survenu dans un tableau de péritonite avec occlusion, on trouve à l'autopsie l'abdomen rempli de gelée mêlée à une exsudation purulente.

Son abondance est souvent considérable, pouvant atteindre une dizaine de litres ou même davantage (18 litres dans la première observation de Von NAGY).

Suivant la topographie

Il est classique de décrire des formes localisées, ou l'épanchement, limité par des adhérences, reste cantonné dans le mâtage de l'organe où il prend origine.

Ces formes se voient surtout dans les mucocèles appendicéales localisées; elles sont très rares dans les ruptures de kystes ovariens.

Dans les formes d'association que nous envisageons, nous n'avons jamais relevé une telle limitation de l'épanchement.

Il s'agit toujours ici de formes diffusées où l'épanchement envahit toute la cavité péritonéale.

Formes évolutives :

Malgré le caractère évolutif, on admet qu'il existe deux types d'épanchements :

1 - les formes avec simple expansion péritonéale, de principe bénignes.

3 - Les formes avec kystes intra-péritonéales, véritables affections malignes.

1 - Les formes avec simple épanchement péritonéal

L'épanchement plus ou moins abondant, baigne toute la cavité péritonéale, recouvrant les différents organes s'insinuant entre eux.

Il se rétracte cependant dans les parties déclives avec maximum du côté du kyste de l'ovaire rompu. C'est un épanchement libre, mais se déplaçant peu en raison de sa consistance.

Si la malade est opérée rapidement, toute adhérence est évitée, l'évacuation des masses gélatineuses est relativement facile, et au fin d'intervention il ne reste à peu près rien, le péritoine est intact, parfaitement sain.

Mais en l'absence de traitement, le péritoine réagit : il devient dépoli, granuleux, épaissi, rouge, et tend à produire des barrières d'adhérences.

Rapidement l'épanchement est envahi par du tissu conjonctif de néoformation, richement vascularisé, formant un réseau de fins tractus lamelleux, fragile mais suffisant pour entraîner des adhérences au péritoine pariétal ou viscéral.

À la longue, ces tractus conjonctifs tendent à s'épaissir, à englober la matière gélatineuse, à créer des adhérences durées, rendant la toilette du péritoine très difficile.

Ces formes surviennent dues à une simple extravasation dans le péritoine du contenu gélatineux du kyste rompu, elles guérissent rapidement par l'ablation chirurgicale du kyste.

1 - Les formes avec greffes intra-péritonéales.

Après écaillage des masses péritonéales, on constate que le péritoine est tapissé de petites néoformations kystiques, semblables à des mélanotases, de dimensions variables d'un grain de mil à un petit pois, isolées ou agglomérées entre elles ou groupées, en grains de pavé (MONOD et VUILLEME).

Ces semis peut recouvrir toute l'étendue de la cavité abdominale, et la surface des viscères intra-abdominaux : intestin, épiploon, foie, vessie

Les formations sont intimement adhérentes au péritoine dont il est difficile de les détacher. Elles constituent des greffes péritonéales, évoluant pour leur propre compte, tendant elles aussi à accroître l'épauement, dont elles expliquent l'abondance.

2 - Les formes secondaires aux tumeurs végétales malignes de l'ovaire.

Nous avons vu que, mis à part, peut être, le cas de KERN, selon des cas d'association à une tumeur appendiculaire on constatait une tumeur maligne de l'ovaire.

En fait, il faut d'ailleurs rappeler que la malignité des tumeurs végétales est d'interprétation difficile, même parfois à l'examen histologique; entre un kyste banal, et une tumeur végétale maligne typique, tous les intermédiaires sont possibles, sans qu'il existe de démarcation nette.

B - Histopathologie.

Les masses péritonéales sont constituées par une substance hyaline, amorphe, colorable par le mucicarmin, elle renferme parfois de rares cellules, intactes ou en voie de désagrégation : leucocytes, hématies, cellules muqueuses. Tel est l'aspect des formes, dites bénignes.

La végétation colloïde, greffe de cellules muqueuses, est constituée d'une substance présentant les mêmes caractéristiques.

mais en sein de laquelle, on trouve des amas de cellules accolées, caliciformes ou cylindriques semblables à celles du revêtement épithélial des kystes muqueux de l'ovaire; ces éléments occupent prédominamment l'inférieur du conjonctif.

La substance conjonctive est atrophiée, le plus souvent de façon conjonctive, riches en néoépithéliales formant des loges.

Quand les lésions sont anaplasiques, les adhérences sont constituées par du tissu fibreux peuplé de éléments cellulaires.

On souligne l'intérêt de cette distinction du point de vue pronostic :

- Les formes bénignes doivent guérir après excision de la lésion originelle.
- Les formes avec greffe péritonéale sont de véritables lésions malignes, entraînant à plus ou moins longue échéance, mais parfois très tardivement une récurrence post-opératoire de la maladie gléttineuse; elles évoluent comme des cancers péritonéaux.

Dans l'étude qui nous intéresse, cette opposition entre formes bénignes et malignes n'a que peu d'importance, car elle ne semble pas intervenir dans la coexistence de lésions ovariennes et appendiculaires.

Les diverses observations publiées ont concerné aussi souvent des formes bénignes que des formes avec greffe péritonéale.

En pratique d'ailleurs, il est parfois extrêmement difficile d'affirmer qu'il existe ou non les greffes péritonéales. L'aspect macroscopique des lésions et même dans certains cas l'étude microscopique ne permettent pas toujours une certitude et l'évolution ultérieure vient démentir les conclusions portées lors de l'intervention.

Trois de nos malades ont été revues depuis l'intervention

- Notre première malade chez qui l'aspect macroscopique et à l'examen histologique l'absence de cellules caliciformes dans les amas de muqueuse épithéliale avaient fait penser qu'il s'agissait d'une forme avec simple

expansion péritonéale, est venue 18 mois plus tard pour une récidive de la maladie péritonéale. La laparotomie en trouva alors des greffes sur l'opercule. La plus grande partie des anses est recouverte d'un p. considéré comme métastatique.

On pense alors que le diagnostic initial de bénignité était erroné, et la malade est soumise à un traitement radiothérapique. La première étant considérée comme très mauvais.

En fait, actuellement, plus de 10 ans après la dernière intervention, la malade est en parfaite santé.

- De même, dans la deuxième observation, l'existence de formations, semblant être des greffes de cellules muqueuses sur les ligaments larges, et sur l'intestin grêle, avaient fait suspecter une forme maligne.

Cependant, l'évolution est venue infirmer ce diagnostic, car la malade revue quatre ans plus tard, à l'occasion d'un traumatisme de l'épaule, était en excellent état. Elle était parfaite du côté de l'abdomen. Ses dernières règles étant, trois ans après l'intervention, en bonne santé.

Donc dans tous nos cas, il semble s'être agi de formes bénignes.

Les diverses formes anatomiques pathologiques que nous venons d'envisager sont actuellement bien connues.

Mais il est des formes moins classiques, les modifications atypiques et malignes, et nous insisterons plus loin sur l'intérêt pathogénique de ces altérations.

IV LES MODIFICATIONS DU TISSU

Au niveau de la muqueuse utérine, l'examen histologique a montré dans trois de nos observations une sécrétion de mucus.

Le fait est d'autant plus remarquable que les trois malades, âgés de 35, 50 et 54 ans, étaient, depuis longtemps, ménopausées, et que, on pouvait s'attendre à trouver des épithéliums génitaux au repos.

- Dans notre premier cas, la muqueuse est en état d'hyperplasie et d'hypersecretion. L'aspect est celui de la muqueuse en état folliculo-lutéinique.

Dans ce cas, la sécrétion de mucus est été tout à fait normale même pour une muqueuse en période d'activité, puisque les gouttes de mucus peuvent être colorées dans les cellules elles-mêmes, alors qu'habituellement, ce n'est qu'à l'intérieur de la cavité glandulaire que la substance grumuleuse formée par les cellules prend les caractères chimiques du mucus.

- Dans le deuxième cas, la muqueuse est peu épaissie, mais présente des signes d'activité avec dilatation kystique de certaines de ses glandes qui sont pleines de mucus et bordées d'une assise de cellules muqueuses.

- Dans le troisième cas existent quelques microkystes au niveau de la muqueuse.

Dans aucun des cas rapportés antérieurement, nous n'avons trouvé notées ces modifications de la muqueuse utérine.

V LES MODIFICATIONS DE LA TROMPE

Dans notre deuxième observation, une sécrétion muqueuse a été notée au niveau des trompes, alors que physiologiquement la muqueuse tubaire ne donne jamais naissance à une sécrétion muqueuse vraie.

Une distension tubaire a également été constatée chez la malade de HARTMANN et BINET.

TOUTEFOIS également une trompe gauche bourrée de gélatine la structure histologique étant cependant normale. S'agit-il du simple passage de la substance gélatineuse péritonéale par le pavillon, comparable à l'œdème alpin de la trompe saine au cours des ruptures de grossesse tubaire ?

il s'agit d'une véritable infection purulente

En faveur de sa dernière hypothèse, plaide le fait que le contenu de la trompe était de consistance épaisse, contrastant avec la fluidité de l'épanchement péritonéal.

VII

TECHNIQUE

Le traitement consiste en une ablation complète de l'ovaire et de l'utérus.

L'intervention doit être aussi simple que possible, car elle est souvent faite chez des femmes âgées et souvent malades. Les dissections sont donc faites avec le plus grand soin, les dissections conjuguées, et l'opération est faite avec le plus grand soin, évitant les saignements et les lésions, entraînant des difficultés opératoires notables.

On procède en règle à une ovariectomie bilatérale ou à une castration bilatérale.

Le nettoyage de la cavité péritonéale se fait avec soin à la main et à la pompe, cette dernière étant utilisée devant être aussi minutieuse que possible.

La paroi sera fermée sans drainage.

La dissection des deux ovaires semble préférable, mais a donné la fréquence des kystes mucoïdes bilatéraux.

Nous insisterons surtout sur l'intérêt d'explorer de près la cavité péritonéale, car elle est souvent le siège de lésions, et de l'enlever qu'il présente ou non des altérations macroscopiques.

Quant à la néo-ovariectomie, qui a été proposée, elle peut être faite de plusieurs manières, et son efficacité est discutée.

VIII

P R O G N O S T I C

Le premier pronostic, portant sur l'existence ou l'absence d'une affection, est le plus difficile à établir. Les signes qui précèdent cette affection sont en effet si nombreux et si variés qu'il est souvent impossible de les reconnaître. Il est donc difficile de faire un pronostic.

Les indications thérapeutiques doivent être données dans les indications thérapeutiques.

Quant à la question de savoir si une affection est curable ou non, elle n'est pas toujours facile à résoudre. Il est donc difficile de faire un pronostic. Elle ne semble pas avoir d'influence sur le pronostic.

IX

CONCLUSION

Comment peut-on expliquer la coexistence de mucocèle appendiculaire, de kyste mucoïde ovarien et péritonéum du péritoine par rupture de kyste mucoïde de l'ovaire ?

- La fréquence de telles observations fait qu'il n'est plus permis de parler d'une simple coïncidence, comme le fait encore RIES dans son travail de 1924.

RYAN, distinguant deux variétés de mucocèle appendiculaire, l'une avec coïncidence de la base et distinguée de l'autre relevant d'une hypersecretion par muqueuse hyperplasique, admet que la première n'est qu'une simple coïncidence.

Pour RYAN et RYAN, il est possible qu'il s'agisse soit de métastase, soit de coïncidence de tumeur ovarienne, et de lésions inflammatoires chroniques de l'appendice.

- L'explication la plus couramment admise est que la mucocèle appendiculaire est une métastase de la tumeur ovarienne.

En faveur de cette théorie plaident les analogies de structure de la muqueuse appendiculaire des mucocèles, et de l'épithélium du kyste mucoïde ovarien, d'ailleurs connue depuis longtemps.

ALBERTIN, à propos de sa première observation, admettait
possibilité, à partir d'un kyste de l'ovaire droit, la propa-
gation à l'appendice, par les lymphatiques, d'éléments
dans le repli péritonéal, comme sous la forme de ligaments
appendiculo-ovarien de Clado.

De même, EUBA, pense que l'appendice est atteint à la
faveur de ses rapports avec l'ovaire droit.

Mais nous avons vu, que le côté de l'atteinte ova-
rienne ne semble pas intervenir dans la fréquence des
lésions appendiculaires.

VIRI RABIN, dans un de ses cas à évolution maligne, cherche
à démontrer que la perforation a pu se faire à partir
de la séreuse, de dehors en dedans, et a précédé la
greffe de cellules métastatiques à l'intérieur de l'ap-
pendice. Mais, si cette hypothèse est plausible, elle
ne saurait être qu'une circonstance particulière, car
d'une part l'atteinte appendiculaire se voit aussi bien
dans les formes bénignes que dans les formes malignes,
et, d'autre part, dans la plupart des cas relevés (1901)
il n'existe aucune solution de continuité de la paroi
appendiculaire.

NOTER est lui aussi partisan d'une origine métastatique
probablement par voie lymphatique.

Les anomalies de structure sont-elles suffisantes à
affirmer la métastase ? Il ne le semble pas.

LECENE et BERRY (1923), ont montré qu'elles sont
expliquées par l'origine embryologique des kystes mucoïdes :
ce sont des embryomes d'origine endodermique (par opposition
aux kystes dermoïdes, embryomes d'origine ectodermique).

L'épithélium cylindrique, haut, sans enchevêtrement
muqueux, qui tapisse la paroi du kyste, est analogue à celui de
l'intestin et de l'appendice : ce sont des kystes entéroïdes.

Identité histologique, mais aussi physiologique,
puisque des auteurs ont mis en évidence, dans la paroi de
ces kystes un ferment amylasique, l'inverse, spécifiquement
d'origine intestinale.

Nous avons vu que MASSON a complété cette description en retrouvant dans la paroi du kyste toutes les variétés de cellules de la muqueuse intestinale.

D'autre part, l'existence de mucocèles appendiculaires isolées, et aussi la réalisation expérimentale de mucocèles par ligature de la base de l'appendice ne plaident pas en faveur de la théorie métastatique.

- Plus récemment, DELARUE et JOUHAUD, étudiant la formation des mucocèles appendiculaires isolées, ont apporté une hypothèse nouvelle : la mucocèle appendiculaire résulterait d'une hypersecretion intense des cellules caliciformes, associée à une paralysie de la couche musculaire, ce qui explique que la dilatation puisse survenir en l'absence d'oblitération de la base de l'appendice.

Ces deux notions seraient sous la dépendance d'une même excitation neuro-végétative.

Delarue rappelle que des phénomènes semblables s'observent au niveau des bronches : dilatation paralytique, et hypersecretion muqueuse.

Ces notions peuvent-elles s'appliquer à la mucocèle appendiculaire associée à un épanchement gélatineux par rupture de kyste de l'ovaire ?

- Sans qu'il existe d'argument formel infirmant l'hypothèse précédente, nous pensons que la théorie soutenue par le Professeur BOULANGER en 1942, explique mieux ces cas d'association.

L'organisme, cherchant à se débarrasser des énormes quantités de substance mucoïde sécrétée au niveau du péritoine, pour éliminer ce glyco-protéide, qui semble difficilement éliminable, retire en jeu tous les appareils éliminatoires susceptibles de l'évacuer tel qu'il hors du milieu intérieur.

C'est, par une excitation chimique, et non parvenue
des glandes fonctionnant comme secondaires, que
s'expliquent la fréquence de la mucosité hyperplasique
dans les épithéliums péritonéaux du péritoine
d'origine ovarienne.

La réaction de mucus, au niveau de la muqueuse péri-
tonéale reste indistincte, le transport se faisant
par voie lymphatique.

FRANCOIS, le premier, indique qu'il est probable
que le péritoine participe à l'absorption de la mu-
cosité par développement du système lymphatique par
voie métabolique autonome, avec une distension mu-
cuse, et suggère que l'appendice joue le rôle
d'organe excréteur de l'épanchement péritonéal.

De nombreux examens insistent sur la dilatation
lymphatique, par le mucus.

Donc ce mucus résorbé au niveau du péritoine,
traverse le système lymphatique.

Quels sont les organes excréteurs ?

C'est avant tout l'appendice; NOVAR, RIES, CHAV
ont insisté sur l'état hyperplasique de la muqueuse, avec
même parfois existence de végétations papillaires
au niveau, ainsi que l'existence d'un épithélium
très actif.

Dans un cas non rapporté de maladie gélatineuse par
réponse de type de l'ovaire, il n'y avait pas de mucosité
appendiculaire; l'appendicectomie fut effectuée de principe
et l'examen de la pièce montra que la muqueuse était en effet
très dilatée par un mucus filieux s'opposant totalement à
toute distension appendiculaire.

Chez trois de nos malades, l'examen anatomo-patho-
logique a été en faveur d'une sécrétion de mucus au niveau de
l'appareil génital.

Dans trois cas sur quatre, existe une sécrétion de
mucus au niveau de la muqueuse utérine, fait d'autant plus

remarquable qu'il s'agit de femmes depuis longtemps ménopausées, dont on pouvait s'attendre à trouver les épithéliums génitaux au repos.

Chez une de nos malades a été noté une sécrétion muqueuse tubaire, ce qui ne se rencontre jamais à l'état physiologique.

Il est possible que d'autres organes mucigènes, selon, vésicule biliaire, estomac participant à cette sécrétion, mais nous n'avons pas eu l'occasion de vérifier cette hypothèse.

Nous avons vu que dans les cas où l'examen histologique avait été pratiqué, la substance gélatineuse était formée de pseudomucine aussi bien dans la muqueuse appendiculaire qu'en divers du cyste et de l'épanchement péritonéal. Mais les mucocèles appendiculaires isolées renferment presque toujours de la pseudomucine.

Cette identité chimique n'est donc qu'un argument secondaire en faveur de cette théorie.

Nous pensons cependant, que la constatation de sécrétion muqueuse anormale au niveau de la muqueuse utérine et de la trompe, est un argument important en faveur d'un hyperfonctionnement de tout le système glandulaire susceptible d'exciter le mucus, l'appendice n'étant qu'un des éléments de ce système, dont la mise en jeu serait uniquement chimique, l'excitant étant constitué par le tubercule mucoïde elle-même.

Cette théorie évidemment n'explique pas les cas de maladie péritonéale, ou n'existe ni perforation du kyste ovarien ni perforation de la muqueuse appendiculaire.

Mais ces cas sont très rares (2 sur les 20 que nous avons relevés).

L'absence de perforation elle-même indiscutable ? Or nous avons vu les difficultés qu'il y a parfois à la mettre en évidence.

CONCLUSIONS

La découverte d'altérations appendiculaires à type de mucocèles dans les pseudomyxomes péritonéaux par rupture du kyste mucoïde de l'ovaire est une anomalie relativement fréquente.

À l'occasion de quatre observations, nous avons recherché dans la littérature les cas analogues, et sans recourir à une revue complète des cas publiés, nous avons pu relever seize cas d'une telle coexistence.

Nous pensons que si l'étude de l'appendice était pratiquée systématiquement dans les interventions pour pseudomyxome d'origine ovarienne la fréquence en serait beaucoup plus grande.

Peut-être, même, est-elle presque de règle.

Le mucocèle appendiculaire se rencontre aussi bien dans les formes bénignes que dans les formes malignes, et semble sans influence sur le pronostic.

Si la mucocèle est encore discutée, nous pensons qu'il ne s'agit ni d'une simple coïncidence, ni d'une métastase comme cela a été longtemps admis, et que plutôt qu'à des troubles métaboliques d'origine neurovégétative, la mucocèle appendiculaire est due à une hypersecretion dont l'agent d'activation est endocrinien, et constitué par la substance mucoïde elle-même.

- 2 -
L'Apprentissage pour la rééducation des enfants souffrant
de troubles mentaux ou physiques de la période post-natale, est un
des trois les premiers concepts de l'Apprentissage, l'Apprentissage
n'étant que les éléments de ce système d'enseignement.

Vu, le Doyen :

Léon BINET

Vu, le Président de thèse

P. MOULONGUET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris :

Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTIN - Kyste Mucoïde de l'ovaire rompu. Généralisation à l'appendice - Société de Chirurgie de Lyon 1.7.1909 - Lyon Chirurgical T. 2 n° 4.
- BAILEY, F. W. - Pseudomyxomatous cysts of the appendix and ruptured Pseudomucinous ovarian Cyst. - Surg. Gyn. Obstetric - 1916 - t. 23 p. 219.
- CORNILLON, A. - Kuiste del ovario acompañado de kuiste colloide appendicular y de fibromatosa utérina. - Gaceta Med. de Mexico. 64 - p. 523 - 1933.
- DELARUE et JOUANNEAU - Sur le mode de formation de la mucocèle appendiculaire et du pseudomyxome péritonéal. - Semaine des Hôpitaux - p. 323 - Déc. 1942.
- DOUGAL, D. - Pseudo-myxoma of the ovaries and peritoneum. J. Obst. and Gyn. Brit. Emp. 38 - P. 729 - 1931.
- EDEN, Th. W. - A case of pseudomixoma of the peritoneum - Arising from perforation of a gelatinous ovarian cyst and associated with similar cystic disease of the vermiform appendix. - Lancet 1912 - Tome II - 1498.
- HARTMANN et BINET - Pseudo-myxome d'origine appendiculaire. - Annales de Gynécologie et obstétrique - Mars 1918 - 65.
- LIEBLEIN - Mucocèles appendiculaires et pseudomyxomes para-appendiculaires - Brun's Beitrage zur klinischen Chirurgie. T. 147 n° 1929 - Analyse in Journal de chirurgie T. 35 p. 592.
- MONOD et VUILLEME - La maladie gélatineuse du péritoine d'origine appendiculaire - Journal de Chirurgie - T. 38 - n° 1 - 1931.
- MOULONGUET - Epanchement gélatineux du péritoine. Coexistence de kyste mucoïde de l'ovaire et de mucocèle appendiculaire. - Mémoires de l'Académie de chirurgie 1942 - p. 244 - Analyse in Presse Médicale 1942 - n° 29 - p. 390.
- NOVAK, E. - Pseudomyxoma peritonei - Bulletin John Hopkins Hospital 1922 - T. 37 - p. 182.
- NOVAK, E. - Textbook of gynecology - 1944.

PFANNENSTIEL - Veits handbuch des Gyn. - Vol. 3 - p. 324.

RATHE - Pseudo-myxome du péritoine avec participation de l'ovaire de l'appendice - Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie - T. 37 1913 p. 322 - Analyse in Journal de Chirurgie t. 10 n° 5 1913 p. 598.

RIES, E. - Pseudo-myxoma peritonei - Surg., Gyn., et Obst. 1924 - vol. 39 - p. 569.

ROSENFELD, E.D. - Peritoneal pseudo-myxoma - Archives of Pathology 1949 - T. 48 p. 255.

SCPUMANN - A study of pseudo-myxoma peritonei with the report of a case. - Surgery, Gyn. and Obstetric. 1908 - T. 6 - p. 15.

TOUZARD - Maladie gélatineuse du péritoine avec participation ovarienne et appendiculaire - Lyon Chirurgical, t. 50 - Février-Mars 1955.

VON NAGY, G. - Die veränderungen des Wurmfortsatzes bei pseudo-myxoma peritonei. - Archiv für Gynäkologie - 1933 - t. 153 - p. 350.

